

Explanation of women's and family health care personnel's perception of the barriers of pre-pregnancy care coverage: a qualitative study

Hooriyeh ShamshiriMilani¹, Fateme Khazaie^{2*}, Maryam Rassouli³, Ali Ramezankhani⁴

1- Assistant professor, Department of Social Medicine, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2-Msc, MPH student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3-Associate professor, Pediatric nursing department, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: Pre-pregnancy care is a set of interventions through prevention and treatment to identify and modify biomedical, behavioral and social hazards. The current study aimed to explain ideas of women about reproductive age and the personnel of family health centers about barriers of pre-pregnancy care coverage in the healthcare centers supervised by Iran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: In this qualitative study, 32 mothers and the personnel of family health unit (experts of midwifery and family health) working in health centers affiliated to Iran University of Medical Sciences were interviewed both individually and in group. A purposeful sampling was exploited. Data were gathered through interviews and focused on group discussion with open questions until data saturation was reached and data were analyzed using conventional content analysis approach and based on the Graneheim and Landman's model (2004). Before each interview, mothers were informed regarding the aim of research, interview style, freedom to leave the interview and the way interview content would be kept private.

Results: After analyzing the data, the perceived obstacles of pre-pregnancy care coverage were achieved in three main formats including: Organizational obstacles, communicative obstacles and personal obstacles.

Conclusions: Thorough explanation participants' experiences, structural, communicative and personal factors were shown to be effective on pregnancy care coverage in healthcare centers supervised by Iran University of Medical Sciences. Better quality services could be obtained by prioritizing and implementing proper interventions.

Keywords: Pre-pregnancy care, Barriers or obstacles, perceptions, Mothers' health, women's health

Corresponding Author: School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: fathemekhazaie@yahoo.com

Received: 25 sept 2016

Accepted: 9 jan 2017

تبیین ادراک زنان و کارشناسان واحد بهداشت خانواده از موانع پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری: یک مطالعه کیفی

حوریه شمشیری میلانی^۱، فاطمه خزایی^{۲*}، مریم رسولی^۳، علی رمضانخانی^۴

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- کارشناس ارشد مامایی، دانشجوی ام پی اچ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- دانشیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴- استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: مراقبت‌های قبل از بارداری مجموعه‌ای از مداخلات در مرحله پیشگیری و درمان است که با هدف شناسایی و تعدیل مخاطرات زیست-پزشکی، رفتاری و اجتماعی انجام می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تبیین ادراک زنان و کارشناسان واحد بهداشت خانواده از موانع پوشش مراقبت پیش از بارداری در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی ۳۲ نفر از مادران و کارکنان واحد بهداشت خانواده (کارشناسان مامایی و بهداشت خانواده) شاغل در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد مصاحبه گروهی و فردی قرار گرفتند. نمونه‌گیری بصورت مبتنی بر هدف انجام شد. اطلاعات از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با سؤالات باز تا زمان اشباع داده‌ها جمع‌آوری گردید و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی (content analysis conventional) با رویکرد گرنهایم و لاندمن (۲۰۰۴) تحلیل گردید. به منظور رعایت موازین اخلاقی، به مشارکت کنندگان، هدف تحقیق، محرمانه بودن داده‌ها و آزادی آنها برای خروج از مطالعه توضیح داده و رضایت شفاهی آنها کسب شد.

یافته‌ها: پس از تحلیل داده‌ها، موانع درک شده پوشش مراقبت پیش از بارداری در قالب سه مفهوم اصلی شامل: موانع سازمانی، موانع ارتباطی و موانع فردی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که از نظر آنان، عوامل سازمانی، ارتباطی و فردی متعددی بر پوشش مراقبت پیش از بارداری در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، تاثیر گذار هستند که این عوامل می‌تواند اولویت بندی شده و راهکارهای مناسب برای ارتقاء خدمات پیش از بارداری اتخاذ شود.

کلید واژه‌ها: مراقبت‌های پیش از بارداری، موانع، ادراک، سلامت مادران، سلامت زنان

*آدرس نویسنده مسئول:

ایران، تهران، اوین، میدان شهریار، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت.

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۰

مقدمه

از بارداری در زنان با خطر بالا و کشف مشکلات آنها شده و به پزشکان و بیماران کمک می‌کند تا از پیش، به دنبال راه حلی برای مشکلات احتمالی باشند [۷].

یکی از راهکارهای جلوگیری از این عوارض، ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری می‌باشد که عبارت از مجموعه‌ای از مداخلات است که از طریق پیشگیری و درمان و با هدف شناسایی و تعدیل مخاطرات زیست-پزشکی (بیومدیkal)، رفتاری و اجتماعی انجام می‌شود [۹]. هدف از ارائه این خدمات، فراهم آوردن شرایط برای یک بارداری بدون خطر و حفظ و تأمین سلامت مادر و جنین می‌باشد، لذا ضرورت دارد، تمام زنان قبل از بارداری، برنامه‌ریزی داشته و از خدمات مراقبتی برای شناسایی و تشخیص زودرس عوامل ایجاد کننده خطر برای بارداری برخوردار گردند [۱۰]. تحقیقات زیادی تأثیر مشاوره قبل از بارداری بر سرانجام مثبت حاملگی را نشان داده و سرانجام ناموفق حاملگی‌های با وجود مراقبت‌های دوران بارداری مناسب، به عدم وجود مشاوره و مراقبت پیش از بارداری مناسب و با کیفیت نسبت داده شده است. به همین دلایل خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده مراقبت قبل از بارداری را به عنوان جزء اساسی مراقبت‌های پره ناتال معرفی کرده است [۱۱-۱۳]. علیرغم این که در اهداف کشوری جهت ارتقاء سلامت مادران، پوشش حداقل ۵۰ درصدی مراقبت‌های پیش از بارداری تا پایان برنامه پنجم توسعه (پایان سال ۱۳۹۴) در نظر گرفته شده است [۱۴]، در مراکز تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، پوشش مراقبت‌ها همچنان ناکافی می‌باشد. به دلیل اهمیت آگاهی از ادراک ارائه دهندگان مراقبت و زنان واقع در سنین باروری، لازم بود پژوهشی با رویکرد کیفی انجام شود تا بتوان به درک عمیقی از موانع ادراک شده توسط آنها پی برد. مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با هدف تبیین ادراک ذینفعان (زنان و کارشناسان واحد بهداشت خانواده) از موانع پوشش مراقبت پیش از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، انجام شد تا با کشف علل و موانع از دیدگاه آنان بتوان اقدامات مقتضی را در جهت بهبود وضعیت موجود و حرکت کردن سیستم مراقبتی به درجات بالاتر کمیت و کیفیت در ارائه خدمات، طراحی و به اجرا رساند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۴ در تهران و در سطح دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. هدف پژوهش حاضر، درک تجربه زنان و کارشناسان شاغل در واحد بهداشت خانواده در زمینه موانع پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری بود. به این منظور ۳۲ زن در سنین باروری و کارشناس بهداشت

ارتقاء سلامت مادران، پنجمین هدف توسعه هزاره می‌باشد که بر اساس برآورد آژانس بین‌المللی سازمان ملل متحد، تاکنون در تمام نقاط دنیا پیشرفت‌هایی در زمینه دستیابی به این هدف و کاهش مرگ‌ومیر مادران صورت گرفته است؛ اما به نظر می‌رسد سرعت این پیشرفت جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره مبنی بر کاهش ۷۵ درصدی آمار مرگ‌ومیر مادران تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ ناکافی و کند بوده است [۱]. سالانه بیش از ۲۰۰ میلیون زن در سراسر دنیا باردار می‌شوند و بیش از ۶۰۰۰۰۰ نفر از آن‌ها به دلایل مربوط به بارداری جان خود را از دست می‌دهند [۲]. کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران، همواره از اهداف سازمان جهانی بهداشت بوده است. یکی از راهکارهای اساسی جهت تحقق این هدف، ارائه مراقبت‌های قبل از بارداری و زایمان می‌باشد [۳]. حدود ۵۹ درصد از موارد مرگ مادران در سال ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی ایران، سابقه مراقبت پیش از بارداری نداشته‌اند [۴]. مرگ‌ومیر مادران، یکی از خطرات عمده تهدید کننده حیات انسانی است که با وقوع آن بنیان خانواده و سلامت فرزندان، در معرض خطر قرار می‌گیرد؛ چرا که مرگ مادر، مرگ یک نفر نیست؛ بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است [۵]. از عوامل مهم در داشتن بارداری‌های سالم و ارتقاء سلامت مادر و کودک، شناسایی عوامل مخاطره‌آمیز برای بارداری و پیشگیری از بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده می‌باشد که با انجام مراقبت‌های ادغام یافته پیش از بارداری، می‌توان به آن دست یافت. تشخیص خطرات و عوارض، همراه با مداخلات مناسب و به موقع در دوره قبل از بارداری (پره ناتال) می‌تواند از ابتلا و مرگ‌ومیر مادر و نوزاد جلوگیری کند [۶]. با توجه به اینکه بهداشت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش نیاز رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌رود، در سالهای اخیر جامعه جهانی به مسئله بهداشت باروری توجه ویژه‌ای نشان داده است. از طرف دیگر، یکی از عوامل تهدیدکننده بهداشت باروری، حاملگی ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده است که سلامت باروری را در تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به خطر می‌اندازد [۷]. حدود یک سوم حاملگی‌ها در دنیا بدون برنامه‌ریزی رخ می‌دهند و در این نوع حاملگی‌ها معمولاً مادران مشارکت کافی در مراقبت‌های بارداری نداشته و اغلب بارداری‌ها منجر به سقط می‌شوند [۸] و بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده، بارداری‌های ناخواسته به دلیل تأثیر بر رفتارهای بهداشتی، با افزایش خطر ابتلا به عوارض بارداری و مرگ‌ومیر مادران همراه است [۹]. برنامه‌ریزی برای بارداری، یکی از بهترین راه‌حل‌ها برای رفع مشکلات حاملگی و تولد کودکی سالم است. آمادگی والدین قبل از بارداری، باعث کاهش ترس ناشی

شیوه از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و درون مایه‌ها، مورد شناسایی قرار می‌گیرد. تحلیل محتوا، چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد و از این طریق می‌توان درون مایه‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت کنندگان در مطالعه نمایان ساخت [۱۶، ۱۷]. در واقع همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و پس از پیاده‌نمودن مصاحبه‌های ضبط شده، واحدهای معنا و کدهای اولیه استخراج شده و سپس کدها براساس شباهت طبقه‌بندی گردید [۱۶]. در طول مطالعه برای اطمینان از دقت و استحکام داده‌ها از روش‌های ایجاد اعتبار و درگیری طولانی مدت محقق با موضوع استفاده شد. محقق در طی انجام تحقیق همواره با مشارکت کنندگان در تعامل بود. بررسی کردن یافته‌ها با مشارکت کنندگان انجام شد (member check) و برای افزایش تایید پذیری پژوهش، محقق از روش تعلیق استفاده کرد. بدین معنا که محقق پیش فرض‌های خود را در مورد موانع پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری از ابتدای تحقیق کنار گذارد، متن تمام مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده توسط اساتید تایید و از نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. همچنین برای بالا بردن انتقال پذیری داده‌ها، مراحل انجام مطالعه به طور دقیق نوشته شد، تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد [۱۸]. به منظور رعایت موازین اخلاقی، هدف و فرایند تحقیق برای شرکت کنندگان تشریح و رضایت آگاهانه ایشان جهت شرکت در پژوهش و آزادی آنها برای ورود و یا خروج از مطالعه کسب گردید. همچنین اطلاعات لازم در مورد هدف مطالعه، روش مصاحبه، ضبط صدا و حقوق شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا انصراف از آن، به صورت کتبی و شفاهی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و اطلاعات بدست آمده صرفاً جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار خواهد گرفت. بنابراین با رضایت در مصاحبه‌ها شرکت نمودند. به مادران گفته شد که امتناع آنها از شرکت در تحقیق، مانع از دریافت آنان از خدمات مرکز نخواهد بود.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک ۳۲ مشارکت کننده همراه با ویژگی آنها در جدول شماره ۱ بیان شده است. ۴ مصاحبه گروهی با ۲۸ خانم مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی با میانگین سنی 28 ± 2 سال (۳۴-۱۸ سال) و ۴ مصاحبه فردی با کارشناسان شاغل در واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی با میانگین سنی 39 ± 3 سال و سابقه کار ۱۶ سال و ۷ ماه انجام شد.

خانواده از دو مرکز از مراکز تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان بهارستان (مراکز نسیم شهر و خیرآباد)، سه مرکز از مراکز تحت پوشش شمال غرب (مراکز کن، سعادت آباد و شهید کاظمیان) و یک مرکز از مرکز بهداشت غرب تهران (مرکز بهداشتی درمانی شهرک آزادی) که مراجعه بالایی از زنان در سنین باروری داشتند، به صورت هدفمند جهت انجام مصاحبه‌ها انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل مادران یا زنان واقع در سن باروری (۴۹-۱۵ سال) باردار و یا غیرباردار و همچنین کارشناسان شاغل در واحد بهداشت خانواده اعم از ماما یا بهداشت خانواده بود.

فرایند گردآوری داده‌ها با روش مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با استفاده از راهنمای مصاحبه که شامل سوالات باز بود، به صورت انفرادی و گروهی تا اشباع داده‌ها یعنی تکراری شدن اطلاعات صورت گرفت. زیرا در مطالعات کیفی تعیین تعداد مشارکت کنندگان از پیش امکان‌پذیر نبوده و معیار تعداد نمونه رسیدن به اشباع داده‌ها است [۱۵]، مصاحبه فردی طی هماهنگی قبلی با ۴ نفر از کارشناسان ارائه دهنده خدمت در اتاق محل کار آنها و ۴ مصاحبه گروهی با ۲۸ نفر از زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده در کلاس آموزشی مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. درحین مصاحبه‌ها، تمرکز بر توصیف مشارکت کنندگان از تجربیاتشان بود و جهت اجرای مصاحبه‌ها، تعدادی سؤال کلی به عنوان راهنما طراحی شد که به پاسخ باز و تفسیر نیاز داشت. سپس با توجه به پاسخ‌های مشارکت کنندگان، سؤالات کاوشی و پیرو از آنها پرسیده می‌شد. نمونه سؤالات استفاده شده در مصاحبه‌های فردی شامل: "تجربیات شما از اجرای برنامه مراقبت‌های پیش از بارداری چیست؟ در اجرا و استقرار این برنامه شما چه تجربیاتی داشته و دارید؟ آیا در طول اجرای برنامه زمان و مقطعی بوده که احساس کنید، برنامه با کندی و توقف مواجه شده است؟ با توجه به تجربه شما چه مواردی عامل آن بوده است؟ چه زمان‌هایی احساس می‌کردید برنامه خوب پیش می‌رود و دلایل آنچه بوده است؟" و سؤالات مصاحبه گروهی شامل: "درباره اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری چه اطلاعاتی دارید؟ چه چیزی باعث شده تا برای دریافت این مراقبت‌ها به مرکز بهداشتی مراجعه کنید؟". هر مصاحبه به طور میانگین ۴۰-۳۵ دقیقه به طول انجامید. تمام مصاحبه‌ها با اجازه و اطلاع قبلی مصاحبه شوندگان، ضبط گردید. در طی مصاحبه از فرایند مصاحبه و پیام‌های غیرکلامی مانند لحن کلام و غیره یادداشت برداری شد. محقق بلافاصله پس از مصاحبه و قبل از مصاحبه بعدی، متن ضبط شده را بعد از چند بار گوش دادن به همراه ارتباطات غیرکلامی، کلمه به کلمه تایپ می‌کرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی قراردادی با رویکرد گرنهایم ولاندمن (۲۰۰۴) استفاده شد. این روش به منظور تفسیر ذهنی داده‌های متنی به کار می‌رود. در این

از بررسی یافته‌ها سه درون مایه با عناوین موانع سازمانی، موانع ارتباطی و موانع فردی یا زمینه‌ای حاصل شد که به تفصیل هر یک از طبقات توضیح داده شده است.

۱- موانع سازمانی

طبقات تشکیل دهنده این درون مایه شامل: عدم ابلاغ دستورالعمل‌ها به بخش خصوصی، امکانات بیشتر بخش خصوصی، مشکلات سیستم ارجاع، رایگان نبودن برخی از خدمات، فضای نامناسب، بارکاری زیاد پرسنل، تداخل ساعت کاری و عدم تمرکز تمام خدمات پیش از بارداری در یک محل می‌باشد.

عدم ابلاغ دستورالعمل‌ها به بخش خصوصی

اغلب کارشناسان مامایی اظهار می‌کردند که "دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های ابلاغ شده به بخش بهداشت به بخش خصوصی اعلام نمیشه و این دوگانگی باعث بی‌اعتمادی مراجعین نسبت به ما میشه. مثلاً دستورالعمل‌های غربالگری دیابت و ناهنجاری جنین که در بخش بهداشت و خصوصی متفاوت و این مسئله می‌تونه روی میزان پوشش خدمات ما تأثیر بذاره".

امکانات بیشتر بخش خصوصی

اکثریت کارکنان بیان کردند که کلیه خدمات پیش از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی ارائه نمی‌شود. کارشناس مامایی ۳۸ ساله با ۱۴ سال سابقه کار گفت: "ما کارشناس تغذیه و روانشناس در مرکز مون نداریم و موردی داشتیم که قبل از بارداری نیاز به مشاوره روانشناس داشت و از نظر اقتصادی هم مشکل داشت، وقتی اونو به کارشناس روانشناسی خصوصی ارجاع دادیم از ادامه مراقبت‌ها صرف نظر کرد".

مشارکت کننده ۲۹ ساله هم گفت: "بخش خصوصی تجهیزات و امکانات خیلی متنوع‌تری داره و آدم مجبور نمیشه توی این شلوغی و ترافیک سرگردون این مرکز و اون مرکز بشه".

مشکلات سیستم ارجاع

اغلب کارشناسان در خصوص ارجاع موارد نیازمند مراقبت ویژه به سطوح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از متخصصین مشکلاتی را ذکر کردند. کارشناس مامایی با سابقه کار ۲۰ سال گفت: "خانم ۲۷ ساله‌ای که با سابقه خونریزی نامرتب برای تصمیم‌گیری بارداری بعدی خود مراجعه کرده بود، به علت نداشتن متخصص زنان در هیچ یک از مراکز بهداشتی تحت پوشش، به بخش خصوصی ارجاع داده شد و متأسفانه از بخش خصوصی به ما پس‌خوراندی داده نشد و ادامه مراقبت‌های ما کامل نشد".

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در تحقیق

متغیر	طبقات	تعداد
سن (سال)	۱۸-۲۵	۵
	۲۶-۳۰	۱۲
	بالا تر از ۳۰	۱۵
خانه‌دار یا شاغل	خانه دار	۲۸
	شاغل	۴
روش جمع آوری داده‌ها	مصاحبه فردی	۴
	بحث گروهی	۲۸
میزان تحصیلات	بیسواد	۱
	ابتدایی	۵
	متوسطه	۱۶
	دانشگاهی	۶

پس از تجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌ها، کدهای به دست آمده در ۱۹ زیر طبقه دسته‌بندی گردید. سپس زیر طبقات بر اساس مفاهیم مشترک ادغام شده و ۳ طبقه حاصل شده که آن‌ها نیز در هم ادغام شده و یک درون‌مایه اصلی پایه‌ریزی گردید که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- درون‌مایه، طبقات و زیرطبقات استخراج شده از مطالعه

درون مایه	طبقات
موانع سازمانی	عدم ابلاغ دستورالعمل‌ها به بخش خصوصی
	امکانات بیشتر بخش خصوصی
	مشکلات سیستم ارجاع
	رایگان نبودن برخی خدمات
	فضای نامناسب ارائه خدمات
	بارکاری زیاد پرسنل
	مطلع نبودن متخصصان زنان از دستورالعمل‌های کشوری
موانع ارتباطی	تداخل ساعت کاری
	عدم تمرکز خدمات
	عدم اطلاع‌رسانی مناسب
موانع فردی یا زمینه‌ای	عدم مشاوره کافی و صحیح
	عدم برخورد مناسب برخی از کارکنان
	مشکلات مالی جامعه هدف
	باورهای غلط
	اعتماد به توصیه اطرافیان
	بی‌اعتمادی به مراکز بهداشتی
	تمایل به دریافت مراقبت توسط پزشک متخصص
سطح تحصیلات	احساس سلامتی ظاهری
	سطح تحصیلات

فوق برنامه زیاد می خوان، کاغذبازی زیاد، مسئولیت های برنامه های مختلف مثل رابطین، مدارس، صدور شیرخشک، واکسیناسیون، آمارگیری و خیلی کارهای دیگه، بایه دست چند تا هندونه میشه برداشت."

کارشناس مامایی با سن ۳۸ و ۱۴ سال سابقه گفت: "باید وقت بیشتری داشته باشم تا بتونم آموزش بهتری بدم؛ اما با توجه به کمبود پرسنلی که داریم وبا تعداد مراجعین زیادی که هست، واقعاً آموزش کافی نمی تونم بدم."

مشارکت کننده ۳۷ ساله می گفت: "این خانوم مامایی که من پیششون میام خیلی سرش شلوغه و کارش زیاده چند باره که میخوام راجع به مشکلم به صورت خصوصی باهاشون صحبت کنم، هربار میگن الان نمی تونم یه وقتی بیا که سرم خلوت باشه."

مطلع نبودن متخصصان زنان از دستورالعمل های کشوری

مطلع ساختن متخصصان زنان از دستورالعمل های کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز آموزش کارکنان بهداشتی در زمینه تازه های بهداشت باروری و کاهش اختلاف موجود بین این دو بخش از مواردی بود که توسط یکی از کارشناسان برنامه سلامت مادران مطرح شد.

تداخل ساعت کاری

برخی از مراجعین به مراکز بهداشتی از تداخل ساعت کاری خود با ساعت ارائه خدمت مراکز صحبت می کردند. خانم ۲۷ ساله با یک فرزند و شاغل گفت: "من الان هم که به این مرکز بهداشتی اومدم، فقط برای واکسن بچه اومدم؛ برای رشد بچه و مشکلات خودم مجبورم برم پیش متخصص ویا ماماها ی خصوصی که عصرها کار می کنن."

عدم تمرکز تمام خدمات

از دیگر عوامل بازدارنده مراقبت های پیش از بارداری و بارداری می توان عدم تمرکز تمام خدمات پیش از بارداری در یک محل را نام برد.

اکثریت خانم های مراجعه کننده در خصوص متمرکز و موجود نبودن کلیه خدمات و مراقبت های پیش از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی مطالبی را بیان نمودند. مصاحبه شونده ۳۴ ساله با سه فرزند در این رابطه چنین گفت: "امکانات بخش دولتی خوب نیست وما مجبوریم برای دریافت کارهای مختلف به مراکز متعدد مراجعه کنیم و به همین خاطر ترجیح میدیم به مراکز وکلینیک هایی بریم که تخصص های مختلف و آزمایشگاه داشته باشه."

خانم ۳۳ ساله با یک فرزند گفت "بهداشت به ما میگه که رفتی پیش متخصص برگه دوم رو برامون برگردون، ولی واقعاً متخصص ها اونقدر سرشون شلوغه که اصلاً توجهی به برگه هایی که بهداشت داده نکرده و جواب نمیدن."

رایگان نبودن برخی خدمات

رایگان نبودن برخی خدمات بهداشتی درمانی مانند انجام پاپ اسمیر، آزمایشات پیش از بارداری از دیگر مواردی بود که کارکنان بهداشتی به عنوان عوامل مطرح در پوشش مراقبت پیش از بارداری بیان نمودند. کارشناس مامایی ۳۸ ساله گفت: "ماه گذشته مراجعه کننده ای داشتم که قصد بارداری داشت، وقتی درمورد انجام آزمایش های خون و پاپ اسمیر و... صحبت کردم به دلیل هزینه بالای آزمایشات، پرونده پیش از بارداری تشکیل نداد."

مشارکت کننده ۳۴ ساله گفت: "مراکز بهداشتی درمانی دولتی متخصص زنان ندارن که ویزیت مناسب بگیره و واقعاً ما نمی تونیم برای مشکلاتمون ویزیت بالای متخصص های بیرون رو بدیم."

فضای نامناسب

بسیاری از پرسنل فضای نامناسب واحد بهداشت خانواده به دلیل ادغام خدمات را از موانع دریافت خدمات پیش از بارداری مطرح کردند. کارشناس مامایی با ۱۴ سال سابقه کار چنین گفت: "در گذشته یک اتاق مامایی بود و زمان به مراجعه کننده اختصاص پیدا می کرد؛ اما از زمانی که ادغام شده اون طرف مادری میاد که بچه اش داره مراقبت میشه این طرف یکی دیگه میاد مشاوره بگیره و..." خانم ۲۸ ساله با دو فرزند چنین گفت: "هر وقت که ما به اینجا مراجعه می کنیم، اونقدر اتاق شلوغه که نمی تونیم مشکلاتمون رو بگیریم این طرف خانمی با همسرش و بچه اش هستن اون طرف یه خانوم دیگه و واقعاً احساس امنیت نداریم."

بار کاری زیاد پرسنل

بار کاری زیاد پرسنل از جمله کاغذ بازی های زیاد واحد مامایی، مسئولیت های زیاد واحد، پراکندگی مسئولیت ها، کمی تعداد پرسنل مامایی که منجر به کمبود وقت برای مسئولیت های اصلی خود شده بود از جمله مشکلات پرسنل در این مطالعه عنوان شده بود. در این خصوص کارشناس مامایی ۳۹ ساله و ۱۶ سال سابقه کار چنین گفت: "به دلیل چند پیشگی نیروهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی (انجام کلیه خدمات مراقبتی شامل: واکسیناسیون، پایش رشد کودک، تنظیم خانواده و مراقبت مادران و... توسط یک نفر) فرصت کافی برای انجام صحیح ارائه خدمات وجود نداره." کارشناس مامایی ۴۰ ساله با ۲۰ سال سابقه کار می گفت: "کارهای

۲- موانع ارتباطی

این طبقه از سه زیر طبقه شامل: عدم اطلاع رسانی مناسب و در نتیجه ناآگاهی جامعه هدف از ارائه خدمات، عدم مشاوره کافی و صحیح برخی کارکنان ارائه دهنده خدمت و عدم برخورد مناسب بعضی از کارکنان با مراجعین تشکیل شده است.

عدم اطلاع رسانی مناسب

کلیه خانم‌هایی که سابقه مراقبت پیش از بارداری را نداشتند در مورد ارائه این مراقبت در مراکز بهداشتی اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند. یکی از شرکت‌کنندگان (خانم باردار ۲۳ ساله) گفت: "من اصلاً نمی‌دونستم که قبل از حامله شدن هم باید به مرکز بهداشتی مراجعه کنم مادرشوهرم می‌گفت، هر وقت حامله شدی میریم پرونده حاملگی درست کنیم".

عدم مشاوره کافی و صحیح

کارشناس برنامه سلامت مادران شاغل در یکی از مراکز وشبکه‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران مطرح کرد که: "در واقع مشاوره صحیح و کافی کارشناسان شاغل در مراکز بهداشتی یکی از مهم‌ترین راه‌های افزایش پوشش مراقبت‌ها و از جمله مراقبت پیش از بارداریه."

خانم ۲۹ ساله‌ای می‌گفت: "بعضی از کارمندای بهداشت فقط وسیله رو بهت میدن دیگه هیچ صحبتی با آدم نمی‌کنن تازه اگه سؤال هم بکنی طوری جواب میدن که از سؤال پشیمون میشی".

عدم برخورد مناسب

تعدادی از مشارکت‌کنندگان از نوع برخورد کارکنان بهداشتی رضایت نداشتند. شرکت‌کننده ۲۷ ساله با دو فرزند گفت: "در این مرکز برخورد بعضی از پرسنل به حدی نا مناسبه که من فقط برای واکسن، بچه‌ام رو به اینجا میارم"

۳- موانع فردی یا زمینه‌ای

طبقه عوامل فردی یا زمینه‌ای از ۷ زیر طبقه تشکیل شده از قبیل: مشکلات مالی جامعه هدف، اعتماد به توصیه اطرافیان، بی‌اعتمادی به مراکز بهداشتی، تمایل به دریافت مراقبت توسط پزشک، احساس سلامتی و عدم نیاز به مراقبت (سلامت ظاهری جسمانی)، سطح تحصیلات

مشکلات مالی جامعه هدف

از عوامل فردی که مانع دریافت مراقبت پیش از بارداری می‌شود مشکلات مالی جامعه هدف را می‌توان نام برد. شرکت‌کننده ۲۹

ساله گفت: "مامای مرکز به من گفتند که قبل از تصمیم به حاملگی پرونده پیش از بارداری درست کنم و برای من آزمایش‌هایی نوشتن ولی هزینه آزمایش‌ها آنقدر زیاد بودن که من نتونستم انجام بدم".

باورهای غلط

پرسنل مکرر تأکید می‌کردند که باورهای غلط مراجعه‌کنندگان منجر به عدم تمکین مددجویان از توصیه‌های آنان می‌شود. کارشناس مامایی ۴۵ ساله با ۱۷ سال سابقه کار می‌گفت: "نوع برداشت فرد و باورهای اون واقعاً بر تصمیم گیریهش تأثیر می‌ذاره".

اعتماد به توصیه اطرافیان

سه نفر از ۲۸ نفر شرکت‌کننده اظهار نمودند که خانواده خود ویا همسر در عدم مراجعه به مرکز بهداشتی آن‌ها سهیم بوده‌اند. شرکت‌کننده ۲۲ ساله گفت: "مادرشوهرم می‌گه که هر وقت مشکل داشتی برو دکتر".

کارشناس مامایی ۴۰ ساله با ۲۰ سال سابقه می‌گفت: "بعضی وقتا خیلی همیشه مردم رو متقاعد کرد اطمینانش به همسایه، مادرشوهر و بستگانش بیشتر از اعتماد به آگاهی و معلومات پرسنل بهداشت خانواده است".

بی‌اعتمادی به مراکز بهداشتی درمانی

بعضی از مشارکت‌کنندگان علت عدم مراجعه خود به مراکز بهداشتی را بی‌اعتمادی ذکر کردند. خانم ۳۳ ساله با سابقه مرگ جنین گفت: "تو حاملگی قبلی که من تو این مرکز پرونده بارداری داشتم مرگ جنین منو به موقع تشخیص ندادن و متخصص میگفت که اگه یه کم دیرتر میومدی خودت هم مشکل جدی پیدا می‌کردی".

تمایل به دریافت مراقبت توسط پزشک متخصص

برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش تمایل به دریافت مراقبت‌ها توسط متخصص داشتند. شرکت‌کننده ۳۲ ساله با دو فرزند گفت: "من فقط برای واکسن بچه هام به مرکز بهداشتی مراجعه می‌کنم برای موارد و مشکلات دیگه میرم پیش متخصص".

احساس سلامتی ظاهری

تعدادی از مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی بیان کردند که ما احساس می‌کنیم زمانی که از نظر ظاهری سالم هستیم، دلیلی برای مراقبت خاص وجود ندارد. خانم باردار ۲۰ هفته می‌گفت: "اتفاقاً همسایه ما که رابط بهداشتی هم هست به من گفت قبل از باردار شدن برو پرونده درست کن ولی من دیدم مشکلی ندارم و نفتم الان هم که حامله هستم خدا رو شکر مشکلی ندارم".

سطح تحصیلات

اکثر خانم‌هایی که سابقه مراقبت پیش از بارداری داشتند سطح تحصیلات بالاتری داشتند. کارشناس مامایی با ۱۶ سال سابقه کار گفت: "هرچه سطح سواد زنان بالاتر میره پذیرش خدمات مراقبتی توسط اون‌ها هم واقعاً بیشتره و ماحتی زحمت کمتری برای مشاوره با اون‌ها می‌کشیم".

بحث

مادر مهمترین رکن هر خانواده در جوامع گوناگون محسوب می‌شود چرا که سلامت مادر اثر مستقیم و نقش اساسی و بنیادی در سلامت خانواده و جامعه دارد. همچنین مرگ مادر یکی از غم‌انگیزترین پیامدهای زندگی است، زیرا با مرگ مادر کانون خانواده متزلزل شده و تربیت، آموزش و حیات کودکان دستخوش دگرگونی و ضعف می‌شود. در واقع مرگ مادر یکی از مهمترین شاخصه‌هایی است که نشان‌دهنده وضعیت سلامت ملت‌ها و توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست [۱۵].

مدارک حاکی از آن هستند که با انجام مراقبت‌های قبل از بارداری وضعیت سلامت جسمانی و روانی مادران آینده مورد ارزیابی و غربالگری قرار گرفته و آموزش‌های لازم به خانواده ارائه می‌شود. همچنین در صورت نیاز مادر به سطوح بالاتر ارجاع گردیده و تحت مراقبت‌های تخصصی قرار می‌گیرد تا در بهترین شرایط ممکن باردار شود و ضمن حفظ سلامت مادر، نوزادی سالم متولد گردد [۱۴].

در مطالعه حاضر از مرور تجربیات شرکت‌کنندگان در رابطه با تبیین ادراک زنان و کارشناسان بهداشت خانواده از موانع پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، نتایج در قالب سه درون‌مایه اصلی (موانع سازمانی، موانع ارتباطی و موانع فردی) استخراج شد.

در خصوص موانع درک شده مراقبت پیش از بارداری که معادل یکی از متغیرهای اصلی مدل اعتقاد بهداشتی می باشد باید چنین گفت: زمانی که فرد اثربخشی مورد انتظار یک رفتار را در مقابل نکات منفی عدم اتخاذ آن رفتار را ارزیابی می‌کند، به‌طور ناخودآگاه در ذهن خود یک تجزیه و تحلیل هزینه اثربخشی انجام می‌دهد. براساس این جزء از مدل، باید موارد زیر مدنظر قرار گیرد: ۱- اطمینان بخشی در مورد اینکه رفتار انجام شده توسط آن‌ها نسبت به منافع و مزایای آن هزینه اندکی به دنبال خواهد داشت. ۲- تصحیح سوء ادراک در مورد آن رفتار. ۳- تأمین مشوق‌هایی برای درگیری فرد در رفتار مورد نظر (مثلاً انجام آزمایش‌های رایگان ممکن است موجب افزایش شمار آزمایش‌دهندگان گردد) [۱۹].

موانع سازمانی، ارتباطی و فردی متعددی از تجربیات مشارکت‌کنندگان

به‌عنوان عوامل بازدارنده مراقبت‌های پیش از بارداری مطرح گردید. مطابق با تجربیات شرکت‌کنندگان، از موانع سازمانی مطرح شده عدم ابلاغ دستورالعمل‌ها به بخش خصوصی، امکانات بیشتر بخش خصوصی، فضای نامناسب به دلیل ادغام خدمات بهداشت خانواده در مراکز بهداشت و بار کاری زیاد بیشترین موانع دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری بودند.

نتایج مطالعه کیفی سید آقامیری و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که از عوامل بازدارنده دریافت مراقبت‌های بهداشتی، دوگانگی در پروتکل‌های بهداشت با بخش خصوصی می‌باشد و نتیجه‌گیری نمود که مطلع ساختن متخصصان از دستورالعمل‌های کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز آموزش کارکنان بهداشتی در زمینه‌تازه‌های بهداشت باروری و آشنا ساختن آن‌ها با کتب و متون آموزشی، گام بزرگی جهت همسان‌سازی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی زنان و کاهش اختلاف موجود بین این دو بخش و در نتیجه باعث افزایش اعتماد مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی خواهد شد که با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد [۱۹].

همچنین یافته‌های مطالعه عازمی‌خواه (۱۳۸۲) هم راستا با پژوهش حاضر نشان داد که بخش خصوصی با امکانات و خدمات بسیار متنوع‌تر و با امکان دسترسی بیشتر از بخش دولتی در حال کار است و در زمینه ارائه خدمات سلامتی، مراقبت اولیه و بهداشتی پیش بارداری و بارداری سهم بیشتری در پوشش خدمات شهرها دارد [۲۰].

نتایج مطالعه خرقانی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۲ با ۲۷ مشارکت‌کننده، نشان داد که بعضی از محدودیت‌های ساختاری و سازمانی خارج از کنترل مانع مراقبت با کیفیت مادران می‌گردد. یکی از مهم‌ترین این موانع از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی، طرح ادغام خدمات مامایی با بهداشت خانواده و در نتیجه حضور سایر مادران و پرسنل در اتاق بهداشت خانواده بود که مانع رعایت حریم خصوصی مددجو برای مشاوره بود [۲۱].

در مطالعه‌ای که بر روی ۳۲۰ زن که جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری به مراکز بهداشتی مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد یکی از دلایل عملکرد متوسط ارائه‌دهندگان مراقبت قبل از بارداری، نداشتن فرصت کافی بود؛ زیرا براساس نتایج مطالعه ۶۱/۵ درصد از ارائه‌دهندگان خدمات قبل از بارداری، علاوه بر مراقبت پیش از بارداری مسئولیت‌های دیگری مانند غربالگری تیروئید، آموزش، واکسیناسیون، آمار، بازدید از پایگاه‌ها و مسئولیت‌های دیگر را در مرکز بر عهده داشتند [۱]. سیمبر نیز در مطالعه خود (۲۰۱۳) یکی از دلایل نامطلوب بودن کیفیت مراقبت‌ها را بارکاری زیاد و نداشتن فرصت کافی ماماها جهت حمایت روانی مادران عنوان کرد [۲۲].

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که از موانع ارتباطی درک

مطالعات متعدد و از جمله مطالعه‌ای که قنبری و همکاران در سال ۱۳۹۰ با هدف بررسی سواد سلامت در زنان باردار انجام داده بودند، نشان داد که سطح تحصیلات پیش‌بینی کننده‌ای قوی در سواد سلامت افراد می‌باشد. سواد سلامت، ظرفیت کسب پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات ضروری برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه‌های سلامت است که عنصری مهم در توانایی یک زن برای شرکت در فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری برای خود و کودک محسوب می‌شود [۲۴].

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که عوامل سازمانی، ارتباطی و فردی متعددی بر پوشش مراقبت پیش از بارداری تأثیرگذار هستند که از میان آنها می‌توان کمبود مراکز بهداشتی درمانی و نیروی انسانی نسبت به جمعیت تحت پوشش، نبود نیروهای متخصص زنان، تغذیه و روانشناس، کمبود تجهیزات و نامناسب بودن فضای فیزیکی برخی از مراکز بهداشتی، نبود ارتباط مناسب بین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های تخصصی و پزشکان متخصص و از همه مهمتر اطلاع رسانی ناکافی به جمعیت گروه هدف اشاره نمود که با اولویت بندی آنها و اتخاذ راهکارهای مناسب موانع موجود را کاهش داده و یا رفع نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم توانایی تعمیم نتایج تحقیق به کل مادران می‌باشد. پیشنهاد می‌شود بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پرسشنامه‌ای تهیه و دیدگاه‌های تعداد بیشتری از افراد در قالب پژوهش کمی و کیفی (mix) و قابل تعمیم دادن بررسی شود. همچنین با توجه به یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه در این زمینه، مهمترین راهکارهای رفع موانع پوشش مراقبت‌های پیش از بارداری به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:

- برآورد دقیق نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات مراکز نسبت به تقاضای جمعیت تحت پوشش جهت دسترسی بیشتر مردم منطقه به خدمات مربوطه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

- دسترسی آسان به متخصص زنان و استقرار کارشناس تغذیه و بهداشت روان در حداقل دو یا سه مرکز بهداشتی درمانی در هر شبکه یا مرکز بهداشت می‌تواند یکی از راهکارهای افزایش پوشش مراقبت‌ها باشد.

- در مراکز دارای مراجعه کننده زیاد، راهکارهایی از جمله تعیین وقت قبلی برای افراد مراجعه‌کننده و یا افزایش تعداد پرسنل نسبت به حجم تقاضادر راستای کاهش زمان انتظار افراد مراجعه‌کننده و نتیجتاً ارائه خدمات با کیفیت‌تر به مردم و افزایش رضایتمندی آنها مورد استفاده قرار گیرد.

شده دریافت مراقبت پیش از بارداری، بیشترین تجربیات مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان، عدم اطلاع‌رسانی مناسب و ناآگاهی جامعه از ارائه خدمات و مراقبت‌های پیش از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی بود. سید آقامیری نیز در مطالعه خود که با هدف علل رویگردانی مادران باردار از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری در شهرستان ساری و در سال ۸۲-۸۱ انجام داد، به این نتیجه رسید که دومین علت عدم مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی اطلاع‌رسانی ناکافی مراکز بهداشتی در زمینه خدمات ارائه شده در آن مرکز (۱۴ درصد) می‌باشد [۱۷].

از دیگر موانع ارتباطی مطرح شده توسط اکثر مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، عدم برخورد مناسب بعضی از کارکنان ارائه‌دهنده خدمت بود که می‌تواند باعث عدم مراجعه جهت دریافت خدمات و از جمله خدمات پیش از بارداری شود. در این رابطه نتایج مطالعه خیاطان و همکارانش در سال ۱۳۸۹ نشان داد که از عوامل مؤثر بر دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی، نحوه برخورد کارکنان با افراد مراجعه‌کننده (۷۸/۹ درصد) است [۲۳].

آخرین درون مایه از موانع درک شده دریافت مراقبت پیش از بارداری، موانع فردی یا زمینه‌ای بود. نتایج مطالعه ما نشان داد که مشکلات مالی مراجعین جهت انجام کامل مراقبت‌های پیش از بارداری (انجام آزمایشات، پاپ اسمیر و سونوگرافی در صورت لزوم) از عوامل مؤثر در عدم دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری بود و این برخلاف مطالعه مهدی خیاطان (۱۳۸۸) بود نتایج مطالعه ایشان نشان داد که از بین عوامل مؤثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی مشکلات مالی کمترین تأثیر را داشته است [۲۳].

از دیگر موانع فردی مؤثر بر پوشش مراقبت پیش از بارداری که مطابق با تجربیات اکثر مشارکت‌کنندگان بود، بی‌اعتمادی به مراکز بهداشتی درمانی بود که در این خصوص نتایج مطالعه خیاطان و همکارانش نشان داد که از بین متغیرهای فردی متغیر اعتماد فرد نسبت به خدمات بهداشتی درمانی بیشترین تأثیر را بر دسترسی به خدمات داشته است.

تمایل مراجعین به دریافت مراقبت توسط پزشک متخصص: مشابه با مطالعه سید آقامیری (۱۳۸۵)، نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که از علل عمده عدم مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی، تمایل آنها به دریافت مراقبت‌ها توسط متخصص بود [۱۷].

احساس سلامتی ظاهری: یافته‌ها در پژوهش ما نشان داد که بر اساس تجربیات مطرح شده توسط بعضی از مراجعین در صورت وجود سلامت ظاهری و عدم وجود بیماری و مشکل خاص، نیازی به بررسی و مراقبت احساس نمی‌شود و اظهار می‌کردند که وقتی مشکلی نداشتم دلیلی نداشتم که به مرکز بهداشتی یا پزشک مراجعه کنم.

کلیه دستورالعمل های کشوری وزارت بهداشت در اختیار متخصصان زنان و مامایی نیز قرار گیرد.

- فضای فیزیکی و تجهیزات در مراکز دولتی ارتقاء و بهبود یابد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از نتایج پایان نامه دوره ام پی اچ (Master of Public Health) در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگان در این پژوهش که تجربیات ارزنده خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

- بستری مناسب در راستای افزایش اعتماد مردم به خدمات ارائه شده در مراکز از قبیل ارائه خدمات قابل قبول و مهمتر از آن تشخیص صحیح و بموقع بیماریها و مشکلات بهداشتی درمانی مردم توسط پرسنل مراکز فراهم شود.

- شناسایی باورها و عقاید زنان و مادرانشان (مادر زن و مادر شوهر و ..) و همچنین ارتقاء فرهنگ آنها در مورد مزایا و منافع مراقبت های پیش از بارداری و برنامه ریزی جهت بارداری در قالب برنامه های آموزشی هدفمند چهره به چهره و گروهی بسیار ضروری است.

- تفاهم و تعامل بیشتری بین بخش خصوصی و دولتی در خصوص برنامه سلامت مادران انجام شود.

References

1. Jahani Shoorab N, Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Ismaeeli H. Assessment Of Prenatal Care Process Based on Donabedian Model in Mashhad Health Centers. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013;16(53):7-17. (In Persian)
2. Soltani R, Alizadeh SH, Majidi S. Trends of maternal mortality rate in the world between the years 1990 & 2010. Proceeding of the 13th Obstetrics & Gynecology Congress; 2012 Dec. 17-20; Tehran, Iran (In Persian).
3. Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers. koomesh Journal 2004; 5(1):83-88 (In Persian).
4. Department of Family Health and Population. Maternal mortality surveillance. Isfahan: Health Center 2005 (In Persian).
5. Atrash HK, Johnson K, Adams MM, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. Maternal and Child Health Journal 2006; 10(1):3-11.
6. Hajizadeh SH, Farshid Moghadam M. Women need to take care of before pregnancy. Behvarz 2008; 19(3):46-47 (In Persian).
7. Shahidi SH, Aghdak P, Izadi M. Effect of preconception care protocol on women's awareness. Journal of Education in Medical Science 2008; 10(5):525-32 (In Persian).
8. Emami AN, Jalil P, Radpooyan L, Azmikhah A, Motlagh MA, et al. The Promotion & Improvement of the System of Maternal Care & Maternal Mortality Prevention. Tehran: Tandis Publication; 2006 (In Persian).
9. Wallace M, Hurwitz B. Preconception Care: who needs it, Who Wants it, and how should it be Provided? The British Journal of General Practice 1998; 48(427):963-66.
10. Cunningham GL, Bloom J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams Obstetrics. New York: McGraw Hill; 2014.
11. Atrash HK, Johnson K, Adams MM, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. Maternal and Child Health Journal 2006; 10(1):3-11.

12. Brundage SC. Preconception health care. *American Family Physician* 2002; 65(12):2507-14.
13. Aaron E, Criniti S. Preconception health care for HIV-infected women. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society, USA* 2006; 15(4):137-41.
14. Association AD. Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(suppl 1):s76-s78.
15. Ministry of Health and Medical Education. Health policy council of the Islamic Republic of Iran in the Fifth Program of Economic, Social and Cultural Development, Millennium Development Goals. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009 (In Persian).
16. Abedi HA. Applying phenomenological method of research in clinical sciences. *Rahbord* 2010; 19(54):207-224 (In Persian).
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2):105-12.
18. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9):1277-88.
19. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. Strategies to enhance rigour in qualitative research. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5(3):663-70 (In Persian).
20. Seyed Aghamiri ZB, Vijeh M, Sedaghat M, Sabery Namin M. Why do pregnant women refuse to attend state-run prenatal clinics? *Payesh* 2007; 6(2):129-33 (In Persian).
21. Azemikhah A. New Managemnet System for Reproductive Health. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003 (In Persian).
22. Kharghani R, Mohajer Rahbari M, Olfati F, Keramat A. Reasons of unmet needs of family planning from the perspective of health personnel. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2013; 2(3):277-86 (In Persian).
23. Simbar M, Nahidi F, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Payesh* 2013; 11(4):529-44 (In Persian).
24. Khayatan M, Nasiripour AA, Amini M, Mohamad Nejad SM. The effective factors on recievers' access to health care services inurban health care centers. *Journal of School of Allied Medical Sciences* 2010; 4(3,4):18-27 (In Persian).
25. Ghanbari Sh, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine* 2011; 19(97):1-12 (In Persian).